

ACTA DE PAGO

Por favor, lea atentamente el instructivo antes de diligenciar la información. Recuerde que las casillas en color azul no deben ser modificadas.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de presentación DIA 18 / MES 11 / AÑO 2025 /

Tipo de persona Natural / Tipo de Gasto Inversión /

No. de Cédula o NIT 1012344119 /

Nombre o Razón Social EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA /

Objeto del Contrato Prestación de los servicios de apoyo la gestión para apoyar a la Oficina de Construcción adscrita a la Dirección de Infraestructura en las actividades relacionadas con el enlucimiento de los componentes de infraestructura del SITM MIO a cargo de Metro Cali S.A.

No. de Contrato 917.104.2.623.2025 / Fecha del Contrato dd/mm/aaaa 11/11/25 /

No. de Registro Presupuestal 20251380 / No. de Registro Presupuestal [Adición] /

Fecha del Registro Presupuestal dd/mm/aaaa 13/11/25 / cha del Registro Presupuestal [Adición] dd/mm/aaaa /

Número de cuotas: 1 / de 2 /

En mi calidad de supervisor del contrato informo que el contratista cumple con:

OBLIGACIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL

Certificación (Personas Jurídicas)

El contratista ha presentado una certificación en la que declara haber cumplido con todas las obligaciones relacionadas con la afiliación y el pago a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones, así como con los aportes a las cajas de compensación familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Esto se realiza en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002,

Fecha de expedición certificado DIA / MES / AÑO /

Firmado por Rev. Fiscal / Rep. Legal /

(Escoger una de las dos opciones Marcar con una X)

Planilla (Personas Naturales)

Periodo de pago Octubre /

Tipo de Aporte	Entidad	No. Planilla / No. Resolución	No. CUS	Valor
EPS	SALUD TOTAL	1076725286 /	N.A. /	\$ 194.200 /
PENSIÓN	PROTECCION	1076725286 /	N.A. /	\$ 248.600 /
ARL	Positiva Seguros	91363784 / Noviembre /	N.A. /	\$ 108.200 /

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

(Escoger una de las dos opciones - Marcar con una X)

Como supervisor de constancia que, conforme a los soportes de las actividades desarrolladas por el contratista y en cumplimiento del deber de supervisión, se evidencia que el contratista:

NO No cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto NO autoriza el pago.

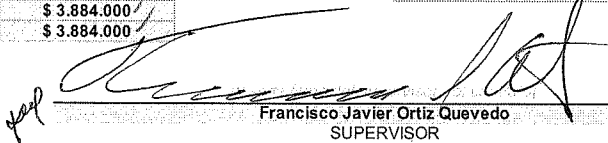
SI Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto se autoriza el pago en los siguientes términos del estado fiscal: X

ESTADO FISCAL GENERAL

ESTADO FISCAL DE ANTICIPO (Cuando aplique)

DESCRIPCIÓN	VALOR
Factura No. (Cuando aplique)	
Fecha Factura (Cuando aplique)	
Valor inicial	\$ 7.768.000 /
Valor adición	\$ 0 /
Valor Total	\$ 7.768.000 /
Valor pagado a la fecha	\$ 0 /
Saldo actual	\$ 7.768.000 /
Valor de este pago	\$ 3.884.000 /
Saldo después de este pago	\$ 3.884.000 /

DESCRIPCIÓN	VALOR
Valor inicial	
Valor adición	
Valor Total	
Valor amortizado a la fecha	
Saldo actual	
Valor a amortizar con este pago	
Saldo después de este pago	



Francisco Javier Ortiz Quevedo
SUPERVISOR

Jefe Oficina de Construcción
CARGO DEL SUPERVISOR

Simple**PAGOSIMPLE I**AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-29, 05:51:35 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1076725286

Periodo Cotización:

octubre de 2025

Periodo Servicio:

octubre de 2025

Referencia pago

8823525092

PAGADA 29/10/2025**I. DATOS DEL APORTANTE**

Razón Social	EDWIN ESTIVEN NOVOA YAGUARA		
Documento	CC1012344119	Dirección	CR 15 #2 - 52
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3136641554
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado			Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Sueldo Cotizante	ING	RET	RET P	IDE	TAE	TOL	TAP	USL	OSP	OST	ST	MA	VAO	AVP	VOT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1012344119	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA	3	0																0	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$1,553,600	\$248,600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$1,553,600	\$194,200	0.000	\$0	\$0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$442,800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades licencias saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1,553,600	\$1,553,600	\$0	\$0	\$248,600	\$194,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$442,800	\$0	\$442,800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	805013171-8	METRO CALI S.A.		CALLE 26N # 2F 136	6600001	mavirama@metrocali.gov.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			VALLE DEL CAUCA	CALI	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	Y	13/11/2025	91363784	\$1.842.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					


TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.842.200				1.842.200	0	0	1.842.200			18.422	1.842.200	18

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	1.842.200	1.842.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	1.842.200	1.842.200


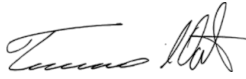
 CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL					
<i>Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"</i>					
FECHA	NOVIEMBRE 18 DE 2025	PERIODO- CUOTA	PRIMERA	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.623.2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA		Identificación (C.C. /NIT)	1.012.344.119	
ÁREA	DIRECCION DE INFRAESTRUCTURA			TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	APOYO A LA GESTION
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Objeto del Contrato	Prestación de los servicios profesionales como Economista para apoyar a la Dirección de Infraestructura en el seguimiento financiero de los proyectos de infraestructura en ejecución del SITM-MIO				
Valor del contrato	Certificado de disponibilidad presupuestal -CDP		Registro Presupuestal - RP		
	Número	Fecha	Número	Fecha	
Valor inicial del contrato	\$ 7.768.000	20250224	21/04/25	20251380	13/11/25
Valor adicional del contrato					
Valor Total del contrato (incluidas las adiciones)	\$7.768.000				
Plazo del contrato	Hasta el 31 de Diciembre de 2025	Fecha Acta de Inicio	13/11/25	Fecha terminación	31/12/25
Modificatorios/Otrosi		Fecha modificatorio		Objeto modificatorio	
2. INFORME ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y COBRO DE LAS MISMAS					
COBRO DEL PERIODO					
NÚMERO DE FACTURA: <i>(Cuando aplique)</i>			Fecha de la Factura o cobro		
Valor del TOTAL Contrato (\$) <i>(Incluir adiciones si las hay)</i>	Número de la Cuotas totales a pagar del total	Número de cuota que se paga	Saldo Actual del Contrato (\$)	(-) Este Pago (\$)	Saldo después de este pago (\$)
\$ 7.768.000	2	1	\$ 7.768.000	\$ 3.884.000	\$ 3.884.000
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO <i>(Relacionar las actividades específicas establecidas en el contrato)</i>	ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA REALIZADAS EN EL PERIODO <i>(Indicar TOTAS las actividades ejecutadas con las cuales se cumplió la obligación específica)</i>			SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS <i>(Cuando corresponda)</i>	
<p>1. Apoyar a la Oficina de Construcción en la ejecución de actividades relacionadas con el enlucimiento de elementos de la infraestructura a cargo de Metro Cali S.A. Acuerdo de Reestructuración, tales como: demarcación vial, acabados de obra blanca, instalación y/o mantenimiento de mobiliario urbano, luminarias, estructuras en altura, redes húmedas, así como el enlucimiento de espacio público y/o corredores viales y la recolección de residuos, de acuerdo a la programación general previamente acordada y las necesidades operativas que se identifiquen durante la ejecución del contrato.</p>	<p>Avenida de los Cerros</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividades de construcción de andén e instalación loseta guía del cobertizo del punto de parada en la Avenida de los Cerros. - Actividades de traslado e instalación de cobertizo y demolición de paños de andén para construcción del andén del punto de parada en la Avenida de los Cerros. - Recolección de escombros. - Actividades de instalación de loseta táctil, aseo y pintura en muro posterior del cobertizo en el punto de parada en Avenida de los cerros <p>Terminal Andrés Sanín</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividades de limpieza en sumideros de vía de la Terminal Andrés Sanín - Actividades de enlucimiento en la Terminal Andrés Sanín, trabajos en módulo de taquilla. - Actividades de instalación de soportes de luminarias. - Actividades de recolección de escombros y cargue de volqueta. - Trabajos de pintura en módulo de taquilla, trabajos de resane y pintura en muros módulo baños y cuarto de aseo, pintura de puertas metálicas y poliuretano e instalación de soportes para bases de luminarias en cielo <p>Terminal Aguabalca</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividades de reparación de corto eléctrico en el Salón de Bienestar. 			<p>SOPORTES DRIVE</p>	



**CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL
E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL**

Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"

FECHA	NOVIEMBRE 18 DE 2025	PERIODO- CUOTA	PRIMERA	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.623.2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA	Identificación (C.C. /NIT)		1.012.344.119	
2. Realizar las demás actividades conexas, complementarias o necesarias para el adecuado cumplimiento del objeto contractual, que se encuentren alineadas con el alcance contratado, conforme a la naturaleza técnica del servicio público.		Capacitación Riesgos Ergonómicos.			
SEGURIDAD SOCIAL					
El contratista certifica que los aportes a la seguridad social se realizan conforme a las disposiciones legales vigentes.				Periodo pagado	OCTUBRE
Tipos de Aportes	Nombre de la Entidad	Planilla Número	Valor (\$)		
EPS	SALUD TOTAL	1076725286	\$	194.200	
PENSIÓN	PROTECCION	1076725286	\$	248.600	
ARL	POSITIVA	91363784 - Noviembre	\$	108.200	
DECLARACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA <small>(Marque SI o NO según el caso)</small>				SI	NO
1. DECLARO EN FORMA VOLUNTARIA Y BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLIFICADO.				X	
2. DE ACUERDO CON EL ARTICULO 42 DEL DECRETO 3541 DE 1983 Y EL ARTICULO 511 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO, ESTOY OBLIGADO A EXPEDIR FACTURA.					X
3. CERTIFICO QUE ESTOY AL DIA EN MIS PAGOS DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, SEGUN CONSTA EN LA PLANILLA QUE SE ADJUNTA.				X	
EDWIN STEVEN NOVOA YAGARA	1.059.900.737				
Nombre completo del contratista	Número de identificación		Firma		

		CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL E INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL			
<i>Para diligenciar consulte la hoja "Instructivo"</i>					
FECHA	NOVIEMBRE 18 DE 2025	PERIODO- CUOTA	PRIMERA	CONTRATO NÚMERO	917.104.2.623.2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDWIN STEVEN NOVOA YAGUARA		Identificación (C.C. /NIT)	1.012.344.119	
3. INFORME DE SUPERVISOR DEL CONTRATO					
ACTIVIDADES VERIFICADAS POR EL SUPERVISOR, REALIZADAS EN EL PERIODO POR EL CONTRATISTA <i>(Segun Manual de contratación y la normatividad que lo complementa o modifique)</i>					
				A satisfacción	No satisfacción
Cumplimiento de Obligaciones generales y específicas realizadas por el contratista relacionadas en el presente informe (Se procedió a vigilar, controlar y verificar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones a cargo del contratista).				X	
Cumplimiento de Obligaciones generales y específicas realizadas por el contratista relacionadas en el presente informe (Se procedió a vigilar, controlar y verificar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones a cargo del contratista).				X	
Cumplimiento obligaciones de pago al sistema general de seguridad social (Se exigió la certificación debidamente soportada al contratista, del pago de los aportes a la seguridad social (SALUD, PENSIÓN Y ARL), para proceder a la aprobación de la cuenta de cobro presentada por el contratista).				X	
CONCEPTO DEL SUPERVISOR <i>(Escoger una de las dos opciones)</i>					
Como supervisor de constancia que, conforme a los soportes de las actividades desarrolladas por el contratista y en cumplimiento del deber de supervisión, se evidencia que el contratista:					
NO	Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto NO autoriza el pago.				
SI	Cumplió a satisfacción de la ejecución del objeto contratado en las calidades y cantidades exigidas. Por lo tanto se autoriza el pago en los siguientes términos:				X
CUOTA No.	1	VALOR CUOTA	\$ 3.884.000	FECHA COBRO	NOVIEMBRE 18 DE 2025
OBSERVACIONES ADICIONALES DEL SUPERVISOR <i>(Consignar aquí los aspectos adicionales de los que quisiera dejar constancia)</i>					
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR					
Certifico que como supervisor verifiqué que el contratista <u>(cumplió/no cumplió)</u> con los aportes a la seguridad social conforme a las disposiciones legales vigentes.					
SI cumplió	X	NO cumplió			
FRANCISCO JAVIER ORTIZ QUEVEDO		JEFE OFICINA DE CONSTRUCCION			
Nombre completo supervisor		Cargo		Firma	
Designado Supervisor mediante		<i>(determinar clausula del contrato u oficio de designación según sea el caso)</i>			
Nota. Diligenciar dos originales, uno que irá al trámite financiero y el otro que debe reposar en la carpeta del contrato.					